

Estudo exploratório do instrumento Ages & Stages Questionnaires – 2ª edição

Sónia Lopes* / Patrícia Graça** / La Salette Teixeira** / Ana Maria Serrano*** / Adriano Rockland****

*Escola Superior de Saúde, Instituto Jean Piaget, Vila Nova de Gaia. Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães; **Instituto Superior de Saúde do Alto Ave, Póvoa de Lanhoso. Associação de Paralisia Cerebral de Guimarães; ***Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga; ****Ensino Profissional Avançado e Pós-Graduado, Braga

O Ages and Stages Questionnaires 2ª edição (ASQ-2) é um instrumento de rastreio que foi construído para detectar alterações do desenvolvimento, identificando a necessidade de avaliações mais específicas. O estudo do ASQ-2 na amostra ($n=339$) da população portuguesa foi realizado no sentido de observar as suas qualidades psicométricas, dando assim, início à tradução e adaptação cultural para a população portuguesa. O estudo das qualidades psicométricas do ASQ-2 na versão portuguesa revelou que: na sensibilidade, os valores de curtose e assimetria dos itens, na sua maioria, encontram-se próximos de uma distribuição normal; na fidelidade os valores de Alpha de Cronbach para os totais variam entre 0,70 e 0,75 revelando razoável consistência interna melhorando significativamente quando observados através do coeficiente de bipartição variando entre 0,83 e 0,88 neste caso indicadores de boa consistência interna; na validade os valores de r de Pearson para totais indicam correlações significativas na maior parte das áreas nos diferentes questionários. Concluímos que os resultados obtidos são atraentes para que se realize uma validação do ASQ-2 para a população portuguesa, contribuindo assim para o preenchimento de uma lacuna existente no momento da avaliação em IP.

Palavras-chave: ASQ-2, Intervenção precoce, Psicometria, Rastreio, Tradução.

INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, muitos têm sido os estudos realizados sobre a melhor forma de intervir junto das crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Actualmente, defende-se que a Intervenção Precoce (IP) deverá ter em conta que as crianças fazem parte de uma família, com especificidades, pontos fortes e capacidades para promover o desenvolvimento do seu filho(a). Além disso, as crianças e suas famílias fazem parte de uma comunidade com características próprias e com recursos que os profissionais deverão saber utilizar de forma positiva para a sua intervenção.

A avaliação pode e deve ser enriquecida pelo conhecimento que os cuidadores têm relativamente à criança, tornando a percepção dos intervencionistas precoces mais holística. A avaliação realizada pelos pais não só nos dá indicações relativamente à criança, como também nos indica expectativas, frustrações, rotinas e formas de estabelecer relação com o seu filho(a).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Sónia Lopes, Escola Superior de Saúde, Instituto Jean Piaget, Alameda Jean Piaget, 4405-678 Gulpilhares, Vila Nova de Gaia. E-mail: lopes.scg@gmail.com

A família está no centro da vida das crianças, pelo que assume uma importância crítica no seu desenvolvimento. Reconhece-se actualmente o significado, a longo prazo, das experiências e relações entre o cuidador e a criança (Ferreira & Almeida, 2005; Kennel, 2005; Lopes & Almeida, 2006; Young, 2005). Assim sendo, o trabalho com as famílias passa por todo o processo, que vai desde o momento da avaliação, do estabelecimento de objectivos, da intervenção, das reavaliações, da análise do trabalho feito, como um ciclo que não se cumpre sem a presença da família da criança.

A avaliação em IP evoluiu, tal como todo o processo de intervenção, à luz dos contributos do Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1977, 1979), do Modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975), Sameroff e Fiese (1990, 2000) e dos trabalhos de Dunst e colaboradores (Dunst, 2000; Dunst, Trivette, & Deal, 1988, 1994), valorizando, assim, uma perspectiva ecológica, uma abordagem transdisciplinar e centrada na família (Serrano & Correia, 2002). A avaliação tradicional, baseada num modelo médico, foca essencialmente os défices da criança (Bricker, 1996) e ignora toda uma visão holística do desenvolvimento desta, coloca também os profissionais como peritos “donos do conhecimento” remetendo os cuidadores para segundo plano.

A avaliação é o início de todo um processo de colaboração entre pais e técnicos (Bailey & Powell, 2005; Bruder, 2005; McWilliam, 2005; Wolraich, Gurwitch, Bruder, & Knight, 2005). A percepção da família em relação ao seu papel na intervenção junto do seu filho está intimamente relacionada com as experiências vividas pela família durante o momento de avaliação (Bagnato & Neisworth, 1991; Bricker, 1996; Crais & Belardi, 1999; Erikson, 1996; McWilliam, Winton, & Crais, 2003; Simeonsson, Edmondson, Smith, Camahan, & Bucy, 1995). O processo de intervenção, centrado na família, onde se procura promover o papel dos pais, como principais decisores, do que consideram melhor para o seu filho, poderá aí tomar forma, ou, pelo contrário, perder sentido, durante essa etapa inicial da intervenção (Crais, 1993).

O envolvimento da família tem vindo a ser promovido de diferentes formas na IP, sustentado nas concepções actuais do desenvolvimento humano. Os serviços de IP devem definir critérios de elegibilidade de crianças e famílias, sendo essencial a implementação de procedimentos específicos de avaliação/intervenção que reflectam o envolvimento da família ao longo de todo o processo (Guralnick, 2005; SandallMcLean, & Smith, 2000; Stayton & Karnes, 1994; Wolery, 2000).

McWilliam (2003b), referindo-se aos serviços de IP, divide a avaliação em dois momentos: avaliação preliminar e avaliação aprofundada. A avaliação preliminar contempla os procedimentos utilizados para determinar a elegibilidade inicial e contínua da criança para o serviço. A avaliação aprofundada consiste no conjunto de procedimentos usados para determinar os pontos fortes e as necessidades da criança, e para identificar os tipos de serviços de apoio que a criança e a família necessitam. Estes dois momentos fazem parte de um processo contínuo, que se denomina “avaliação”.

Vários são os pressupostos e as questões relacionadas com os procedimentos de avaliação da criança numa abordagem centrada na família. Assim, é importante que, já no momento da avaliação, os pais tomem decisões sobre o seu filho, sendo esta experiência fundamental para uma intervenção centrada na família (Crais, 1993; Dunst, 2000).

As teorias do desenvolvimento, nomeadamente o modelo Transaccional de Sameroff e Chandler (1975), de Sameroff e Fiese (1990, 2000) e o Modelo da Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1977, 1979) associadas aos diferentes pressupostos que a Teoria Sistémica Familiar e o Modelo de Apoio Social centrado na família enfatizam, deram um contributo crucial para a mudança de práticas em IP, nomeadamente no momento da avaliação. A ênfase exclusiva na criança, durante a avaliação, torna este momento redutor e exige que se altere esta forma de avaliar. Deste modo, a avaliação tradicional, intimamente ligada a uma intervenção focada na criança, e seus défices, perde sentido à luz dos pressupostos que estão subjacentes ao conceito de IP. Surgem, assim, novas perspectivas de avaliação que valorizam um modelo integrado de desenvolvimento, os contextos naturais, a colaboração entre a família e

profissionais e a interação da família e da criança como factores fundamentais no sucesso de todo o processo de intervenção (Meisels & Atkins-Burneh, 2000).

Admitindo que a avaliação tradicional não reflecte o melhor desempenho das crianças com NEE surgem, então, novas perspectivas relativas a diferentes aspectos da avaliação. Numa vertente centrada na família, são dois os principais objectivos da avaliação da criança (McWilliam, 2003b). O primeiro objectivo foca a informação que os pais pretendem, facto este que só será cumprido se soubermos quais as suas preocupações e prioridades. Devemos ter consciência que esta condição implica que os profissionais tenham em consideração que as informações que acham importantes para determinar os serviços para a criança, possam não ser coincidentes com as necessidades e prioridades da família. O segundo objectivo enfatiza a importância de se partilhar informação com as famílias, quer acerca da avaliação da criança, quer acerca das preocupações iniciais ou ainda acerca de outras alterações que os profissionais possam identificar. O objectivo desta informação é capacitar os pais para que tomem as decisões mais adequadas para os seus filhos.

Outro aspecto importante a salientar é que, ao considerar-se a criança e família como únicas, não existem procedimentos pré-definidos que abordem de forma adequada as preocupações de cada família (Barrera & Corso, 2002; Barrera, Corso, & Macpherson, 2004; Hanson & Lynch, 2004; Trivette & Dunst, 2000). A flexibilidade dos serviços deverá ser uma condição necessária para se responder às prioridades de cada família (Kjerland & Kovach, 1990).

Na literatura actual é reconhecido que os modelos tradicionais de avaliação multidisciplinar não facilitam nem promovem o melhor desempenho por parte das crianças. Os modelos de prestação de serviços formam um contínuo que vai desde contextos segregados e equipas multidisciplinares até contextos inclusivos com equipas transdisciplinares, sendo que as últimas correspondem às práticas actualmente recomendadas (McWilliam, 2003a).

Winton (1996) valoriza a participação dos pais e a inclusão destes como membros integrantes da equipa. Este autor recomenda, também, uma relação de parceria entre profissionais e pais quer no momento de avaliação quer no momento de intervenção. Estas parcerias entre a família e os profissionais são importantes na medida em que se considera todos os elementos como capazes e competentes resultando no benefício de todos os participantes (Klein, Cook, & Richardson-Gibbs, 2001; Summers, Hoffman, Marquis, Turnbull, & Poston, 2005). A construção desta relação requer tempo e sensibilidade às diferenças de cada um, mas é a única forma de concretizar uma intervenção transdisciplinar centrada na família.

O modelo transdisciplinar tem benefícios directos para a família e para a criança entre os quais o facto de a família ser respeitada como membro da equipa, de constatar que o seu conhecimento da criança e as suas prioridades são parte integrante do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) e que ela própria ajudou a construir e a estabelecer uma relação privilegiada com o técnico (Pimentel, 2005).

Na opinião de vários autores, o momento da avaliação da criança consiste naquele onde se observa uma maior resistência à mudança. Os objectivos de uma avaliação centrada na família vão para além da definição de elegibilidade da criança para os serviços de IP, assim como para além da determinação do nível de desenvolvimento da criança. A avaliação é o começo de um longo processo, onde se deve criar oportunidades de relação entre pais e profissionais (Miller & Hanft, 1998). Esta componente foi mais tarde reforçada (Meisels & Atkins-Burneh, 2000) como sendo uma componente que deverá constituir o alicerce do processo de intervenção e de apoio.

No que se refere às metodologias de avaliação, a maioria delas ainda está direccionada para os profissionais, dificultando a aplicação dos conceitos de capacitação e corresponsabilização dos pais nos momentos de avaliação (McWilliam, 2003b). Partilhamos da opinião do autor quando descreve que o uso de linguagem técnica utilizada pelos testes, a divisão do desenvolvimento da criança em áreas, o contexto de gabinete utilizado nas avaliações, as normas subjacentes aos testes, o longo tempo que caracteriza as sessões de avaliação, são contributos para o afastamento dos pais no processo de avaliação.

De acordo com uma perspectiva ecológica, os profissionais devem escolher estratégias e instrumentos que têm relevância imediata para o comportamento ou contexto que está a ser observado (Bailey & Simeonsson, 1988).

Uma das grandes dificuldades com que os profissionais se deparam, quando utilizam testes formais está no facto de estes serem medidas estáticas (McWilliam, 2003b). O desenvolvimento caracteriza-se por ser um processo contínuo, em constante mudança ou crescimento, assim, a avaliação que normalmente se realiza através de testes formais dá-nos uma perspectiva momentânea e estática dum conceito que é por natureza dinâmico (McWilliam, 2003b).

Habitualmente os testes estandardizados ou as listas de verificação sobre o desenvolvimento estão fora do contexto e não reflectem o comportamento da criança em situações do quotidiano, tornando questionável a relevância desta informação no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias de intervenção. Os resultados da avaliação assumem maior pertinência se estes forem referenciados em relação às actividades e pessoas presentes nos contextos naturais da criança (Bronfenbrenner, 1977). O uso de avaliações fora do contexto conduz geralmente ao desenvolvimento de objectivos descontextualizados (McWilliam, 2000).

No entanto, McWilliam (2003b) realça a importância dos testes formais, referindo que estes poderão ser apropriados para determinar a elegibilidade quanto aos serviços, para conseguir informação normativa e estabelecer diagnósticos.

McWilliam (2003b) refere um conjunto de ferramentas de avaliação para facilitar a participação da família na avaliação de crianças, das quais destacamos o *Ages and Stages Questionnaires 2ª Edição (ASQ-2): A Parent-Completed Child-Monitoring System*, instrumento de avaliação utilizado no presente estudo.

McLean e Crais (2004) referem que o ASQ-2 é um instrumento que surge como resposta ao desafio de incluir as famílias no processo de avaliação, aumentando a eficácia da mesma e validando, assim, uma abordagem ecológica em IP.

De acordo com Squires, Potter e Bricker (1999) o ASQ-2 surgiu da necessidade de existirem instrumentos de rastreio e monitorização do desenvolvimento, uma vez que se observa uma crescente população de crianças em risco desenvolvimental e uma maior preocupação na prevenção de alterações do desenvolvimento estabelecidas. Na realidade americana, onde o instrumento foi desenvolvido, estes factores impulsionaram a criação de programas apoiados pelas entidades governamentais desenhados para identificar e acompanhar crianças em risco.

Neisworth e Bagnato (2000) referem que “a avaliação da criança necessita de um enfoque na mudança dos próprios instrumentos de avaliação, que possibilitem avaliações mais úteis, aceitáveis, autênticas, colaborativas, convergentes, equitativas, sensíveis e congruentes” (p. 19). Assim, seguindo a orientação de Carvalho (2004) que refere como principal recomendação do seu estudo a construção de instrumentos adaptados à utilização das famílias surge o tema do nosso trabalho *Estudo Exploratório do ASQ-2*.

A finalidade deste estudo é verificar se os resultados do ASQ-2 na versão traduzida para português produzem os mesmos resultados que na versão original. É um estudo de carácter exploratório que é caracterizado, segundo Almeida e Freire (2000), “por um maior grau indutivo ou de descoberta de pontos de continuidade ou de pregnância numa determinada realidade” (p. 26).

MÉTODOS

No que respeita à metodologia utilizada é um estudo quantitativo “porque tem como objectivo explicar, prever e controlar os fenómenos e através da objectividade dos procedimentos e da quantificação das medidas, tenta encontrar regularidades e leis explicativas do seu objecto de estudo” (Almeida & Freire, 2000, p. 27); observacional dado que “não existe manipulação de

intervenções directas sobre os indivíduos em estudo, limitando-se o investigador à observação destes e suas características”; com uma observação transversal “comparando os resultados obtidos num dado momento nas medidas utilizadas” (Almeida & Freire, 2000, p. 84).

Participantes

A população deste estudo delimitou-se a famílias de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 60 meses de idade e residentes no distrito de Braga. A selecção da amostra teve por base o método de amostragem não probabilístico, com uma amostra de conveniência, dividida em dezanove estratos de idade: 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses. Esta amostra foi recolhida através de contactos pessoais dos investigadores e de infantários (Instituições Particulares de Solidariedade Social). Desta forma, foi pedida autorização às Instituições, seguida de convite a todas as famílias para participarem no estudo, feito pessoalmente pelas educadoras das várias salas. Como os questionários são de auto-administração foi solicitado aos pais/cuidadores que preenchessem o questionário no domicílio durante as rotinas familiares e assinassem o consentimento informado.

Foram definidos como critérios de selecção serem pais/cuidadores: (1) sem doenças psiquiátricas ou mentais diagnosticadas; (2) alfabetizados, isto é, terem o 1 ciclo de escolaridade; (3) de crianças sem história prévia de problemas de saúde ou de desenvolvimento, nascidos de termo, sem internamento na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais).

Participaram neste estudo 339 famílias representadas pelos pais/cuidadores e crianças de ambos os géneros. Da análise do Quadro 1 verifica-se que a faixa etária dos pais/cuidadores varia entre os 16 e os 50 anos, sendo a média de 31,8 anos e o desvio padrão de 5,1 e que a sua maioria (67,6%) se situa entre os 26 e 35 anos. A maioria dos pais/cuidadores são do sexo feminino (79,4%) e possuem habilitações literárias entre o 3º ciclo e o ensino secundário (45,1%). Observa-se que a grande maioria das crianças provêm de famílias nucleares (84,4%), com estatuto sócio-económico baixo ou médio baixo (47,8%) e que frequentam o infantário (77,3%).

QUADRO 1
Caracterização da amostra pais/cuidadores

			<i>n</i>	%
Pais/Cuidadores	Género	Feminino	269	79,4
		Masculino	70	20,6
	Idade	Até aos 25 anos	32	9,4
		Dos 26 aos 35 anos	229	67,6
		Acima dos 36	78	23,0
	Nível sócio-económico	Baixo e médio-baixo	162	47,8
		Médio	109	32,2
		Médio-alto e alto	68	20,1
	Tipologia da família	Monoparental	20	5,9
		Nuclear	286	84,4
		Extensa	33	9,7
	Escolaridade	1º e 2º ciclos	101	29,8
		3º ciclo e secundário	153	45,1
		Ensino superior	85	25,1
Crianças	Género	Feminino	169	49,9
		Masculino	170	50,1
	Frequência no infantário	Frequenta	262	77,3
		Não frequenta	77	22,7

Nota. *n*=339.

O sistema ASQ foi desenvolvido por Diane Bricker e Jane Squires com a ajuda de Linda Mounts, Lawanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly e Jane Farrell tendo a 2ª edição sido publicada em 1999, nos EUA, pela Brookes Publishing Company. Contudo, os estudos relacionados com o ASQ-2 tiveram início em 1980 e a publicação da 1ª edição teve lugar em 1995. Actualmente, está disponível em Inglês, Francês, Espanhol e em Coreano (apenas se encontram algumas idades).

Os objectivos da criação dos questionários do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) são: a monitorização compreensiva de grupos de crianças sem risco identificado, de modo a rastrear alterações do desenvolvimento, identificando a necessidade de avaliações mais específicas; e a monitorização do desenvolvimento de crianças de risco desenvolvimental resultantes de factores médicos tais como, baixo peso ao nascer, prematuridade, convulsões, ou de factores ambientais como pobreza, pais com perturbações mentais, história de abuso e/ou negligência ou pais adolescentes (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

O ASQ-2 (Bricker et al., 1999) consiste num instrumento de rastreio e monitorização de crianças entre os 4 e os 60 meses de idade de forma a identificar a necessidade de avaliação adicional em possíveis atrasos no desenvolvimento.

O sistema ASQ-2 (Bricker et al., 1999) é composto por 19 questionários concebidos para serem preenchidos pelos pais ou cuidadores primários. Os intervalos dos questionários incluem 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 e 60 meses de idade.

Cada questionário contém 30 itens do desenvolvimento que foram escritos numa linguagem simples e directa, como por exemplo, na área da motricidade global aos 42 meses, “*A sua criança salta para a frente pelo menos 15 centímetros com ambos os pés juntos?*” Os itens estão divididos em cinco áreas, 6 itens por cada: Comunicação, Motricidade Global, Motricidade Fina, Resolução de Problemas e Pessoal-Social. Uma área para Observações acrescenta preocupações em geral por parte dos pais/cuidadores. Sempre que possível são apresentadas imagens para auxiliar na compreensão dos itens. Como as idades das crianças são bastante próximas, verifica-se que em grande parte dos questionários, os três últimos itens são os primeiros do questionário seguinte.

Para os 30 itens de desenvolvimento, os pais assinalam *sim* para indicar que a criança realiza o comportamento especificado no item, *às vezes* para indicar uma resposta ocasional ou emergente por parte da criança, ou *ainda não* para indicar que a criança ainda não realiza aquele comportamento. Para cotar um questionário o profissional converte as respostas dos pais/cuidadores – *sim*, *às vezes* e *ainda não* – em pontos – 10, 5 e 0, respectivamente – que são totalizados para cada área. A variação das respostas por área vai de um mínimo de 0 a um máximo de 60 pontos. A pontuação total de cada área é, então, comparada com valores limite obtidos pela subtracção de 2 desvios padrões à média para cada área de desenvolvimento, em cada questionário. Se a pontuação da criança cair abaixo do valor limite, recomenda-se uma avaliação mais pormenorizada por um profissional para um futuro diagnóstico.

O material que compõe o instrumento consta de um manual do utilizador, 19 questionários fotocopiáveis, 19 folhas para sumário da informação e cotação fotocopiáveis.

Para a administração dos questionários não é necessário material específico, comprado exclusivamente para utilização na prova. Contudo, existe uma lista que enumera o material necessário para realizar as tarefas em cada questionário, tais como, meias, calças, camisolas, bolas, livros com imagens, tesouras de pontas redondas, livros para colorir, espelho, lápis, entre outros. Algum do material pode ser encontrado na casa da criança, outro é facilmente transportado pelo profissional.

No estudo original de validação do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) verifica-se que a amostra é constituída por 2008 elementos, 53% ($n=1068$) de meninos e 47% ($n=940$) de meninas, com idades compreendidas entre os 4 e os 36 meses. Posteriormente, uma amostra adicional de 320

famílias participou nos estudos para os questionários dos 48 aos 60 meses. Como o estudo original decorreu ao longo de vários anos, existem elementos da amostra que preencheram mais do que um questionário, por exemplo, 62 elementos preencheram oito questionários (4, 8, 12, 16, 20, 24, 30 e 36 meses) e 950 elementos responderam a um só questionário. Para o estudo das qualidades psicométricas foram utilizadas sub-amostras de crianças, isto é, dos 19 questionários são apresentados resultados para apenas 10 (4, 8, 12, 16, 20, 24, 30, 36, 48, e 60 meses). A fidelidade foi testada com recurso à análise da consistência interna, incluindo o coeficiente alpha de Cronbach e a correlação produto-momento, r de Pearson, fidelidade teste-reteste e inter-observador (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

O coeficiente de correlação produto-momento, r de Pearson, foi calculado para o total de cada área com o valor total de cada questionário, obtido através da soma dos totais das cinco áreas de desenvolvimento. Os resultados variam entre 0,70 e 0,81 para os 4 meses, de 0,72 a 0,79 para os 8 meses, de 0,70 a 0,81 para os 12 meses, de 0,54 a 0,76 para os 16 meses, de 0,66 a 0,77 para os 20 meses, de 0,63 a 0,76 para 24 meses, de 0,69 a 0,83 para os 30 meses, de 0,73 a 0,83 para os 36 meses, de 0,66 a 0,82 para os 48 meses e de 0,44 a 0,58 para os 60 meses. Todas as correlações são significativas para um $p < 0,0001$ (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

A correlação r de Pearson foi, inicialmente, calculada entre cada uma das áreas de desenvolvimento e, posteriormente, entre estas e o valor total de cada questionário. Todas as correlações são positivas e significativas para $p < 0,0001$ (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

O coeficiente alpha de Cronbach foi calculado para as cotações por área nos questionários individuais. Para a área Comunicação, os valores de alpha situaram-se nos intervalos de 0,63 nos 4 meses a 0,75 aos 24 meses. Para a área motricidade global, os valores de alpha situaram-se nos intervalos de 0,53 aos 4 meses a 0,87 aos 12 e 16 meses. A área da motricidade fina obteve coeficientes de alpha entre os intervalos 0,49 aos 20 meses a 0,79 aos 8 meses. Para a área resolução de problemas os valores de alpha ficaram entre 0,52 aos 20 meses a 0,75 aos 8 meses. Finalmente, na área pessoal-social, os valores de alpha situaram-se entre 0,52 aos 16 meses a 0,68 aos 12 meses (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

A fiabilidade teste-reteste foi determinada comparando os resultados de dois questionários preenchidos por 175 pais com intervalo de 2 semanas. A concordância entre as respostas dadas nos dois questionários foi de 94%. O desvio padrão foi de 0,10 (Squires, Potter & Bricker, 1999).

A fiabilidade inter-observador foi determinada comparando os resultados obtidos nos questionários preenchidos por um examinador experiente após o preenchimento dos mesmos questionários pelos pais. A fiabilidade inter-observador medida em percentagem de concordância entre classificações baseadas nos questionários preenchidos por 112 pais e os preenchidos por 2 examinadores foi de 94%. O desvio padrão foi de 0,12 (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

A validade do instrumento original foi observada comparando o desempenho das crianças no ASQ com os resultados obtidos em testes estandardizados, administrados por profissionais, num intervalo de 29 dias. A Escala de Desenvolvimento Comportamental de Gesell e Amatruda, Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil foram usadas para crianças até aos 30 meses. A Escala de Inteligência Stanford-Binet e a Escala McCarthy de Aptidões e Psicomotricidade para Crianças, foram utilizadas em crianças dos 3 (36 meses) aos 4 anos (48 meses). O Inventário de Desenvolvimento Battelle foi utilizado em crianças com 5 anos (60 meses) (Squires, Potter, & Bricker, 1999). Respeitante à validade concorrente a percentagem de concordância entre os questionários preenchidos pelos pais e as medidas estandardizadas variou entre os 76% para os 4 meses e os 91% para os 36 meses, com um total de 84% de concordância (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

No que concerne à capacidade do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) para detectar crianças classificadas como tendo um atraso de desenvolvimento no ASQ-2 (Bricker et al., 1999) e nas medidas estandardizadas, variou entre os 51% para o questionário dos 4 meses e os 90% para o questionário dos 36 meses, com um total de concordância de 72%. Em relação à especificidade

a proporção de crianças identificadas como tendo um desenvolvimento dentro da normalidade no ASQ e nas medidas estandardizadas variou entre os 81% para os 16 meses e os 92% aos 36 meses, com um total de concordância de 86%. Apesar de os resultados em relação à sensibilidade serem inferiores aos obtidos para a especificidade, numa análise realizada em separado foi possível verificar que a capacidade do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) identificar crianças com atraso do desenvolvimento estabelecido é alta (96%) (Squires, Potter, & Bricker, 1999).

Procedimentos

A primeira etapa deste estudo consistiu na tradução do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) original na Língua Inglesa para a Língua Portuguesa, tendo esta sido autorizada pela autora. Durante este processo contamos com a colaboração, em forma de consultadoria, de um profissional bilingue independente, cuja língua materna é o Português. Posteriormente, foi lido por dois profissionais da área do desenvolvimento da criança de forma a avaliar a equivalência cultural e conceptual do instrumento. O segundo momento consistiu na administração de um pré-teste do ASQ-2 a uma amostra restrita da população alvo como forma de verificar a compreensão do instrumento. Participaram neste pré-teste dezanove pais/cuidadores de crianças, correspondendo às idades dos questionários em questão para este estudo.

Uma segunda etapa deste estudo consistiu na distribuição, em mão, dos questionários do ASQ-2 versão portuguesa, acompanhados de um consentimento informado e de uma ficha de caracterização sócio-demográfica. Os questionários são de auto-administração, foi então solicitado aos pais/cuidadores que preenchessem o questionário no domicílio, de forma independente, durante as rotinas familiares.

Análise dos dados

De um total de 600 questionários distribuídos recolhemos 339 o que equivale a uma taxa de retorno de 56,5%. De seguida os dados foram armazenados num ficheiro do SPSS, posteriormente submetidos a uma análise com recurso a estatística paramétrica (Pestana & Gageiro, 2005). A análise das qualidades psicométricas do ASQ-2 baseou-se essencialmente na análise da sensibilidade e fidelidade através do coeficiente Alpha de Cronbach e coeficiente de Bipartição (Split-half). A validade foi observada através de coeficiente produto momento, r de Pearson.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra estudada verifica-se que nas áreas motricidade global, aos 8 e 12 meses e motricidade fina aos 36 meses se encontra a máxima variação possível nas respostas, entre um mínimo de 0 e um máximo de 60. O questionário que apresenta a maior média é a comunicação aos 54 meses (56,9), sendo também a área que apresenta menor desvio padrão (4,7). A área que apresenta a menor média (33,8) é a motricidade fina aos 30 meses e o desvio padrão mais elevado (20,6) encontra-se no questionário dos 14 meses na área motricidade global. Relativamente à comparação das medidas média e mediana observa-se que, em todas as áreas de desenvolvimento, os valores se encontram próximos indicando uma distribuição próxima do normal, Quadro 2.

QUADRO 2

Médias e desvios padrão por questionário para cada área de desenvolvimento

Questionário	Área de desenvolvimento	Instrumento traduzido				Instrumento original		
		N	Variação	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão
4	Comunicação	16	35-60	48,6	7,9	1380	50,7	8,7
	Motricidade global		30-60	50,6	8,3		55,3	7,6
	Motricidade fina		5-60	44,4	15,5		43,9	10,9
	Resolução de problemas		45-60	55,3	4,9		53,4	9,2
	Pessoal-social		40-60	53,4	5,7		51,2	9,1
6	Comunicação	18	35-55	46,9	6,5			
	Motricidade global		20-60	44,2	10,6			
	Motricidade fina		30-60	45	9,7			
	Resolução de problemas		30-60	51,4	8,4			
	Pessoal-social		25-60	40	11,8			
8	Comunicação	20	25-60	46,3	9,9	1285	53,5	8,4
	Motricidade global		0-60	42,3	16,4		50,5	13,1
	Motricidade fina		30-60	49,8	11,5		54,4	8,8
	Resolução de problemas		35-60	52	7,5		51,7	9,7
	Pessoal-social		20-60	49,5	11,8		51,3	10,4
10	Comunicação	18	15-60	39,7	11,3			
	Motricidade global		15-60	45,3	14,6			
	Motricidade fina		30-60	53,9	9,0			
	Resolução de problemas		20-60	42,5	13,3			
	Pessoal-social		20-60	43,3	12,7			
12	Comunicação	20	30-60	47,2	10,3	1091	42,2	13,2
	Motricidade Global		0-60	45,3	14,3		48,6	15,3
	Motricidade Fina		5-60	44,8	13,3		49,2	10,4
	Resolução de Problemas		20-60	42,3	11,1		48,6	11,7
	Pessoal-Social		25-60	48,8	10,2		45,5	12,7
14	Comunicação	15	5-60	41,3	17,4			
	Motricidade global		5-60	38,7	20,6			
	Motricidade fina		15-60	35,7	14,5			
	Resolução de problemas		10-60	38,7	15,3			
	Pessoal-social		5-60	41	16,9			
16	Comunicação	15	20-55	43	12,2	976	49,1	12,3
	Motricidade global		15-60	48,7	13,9		55,3	11,5
	Motricidade fina		15-60	48,3	14,1		51,8	10,6
	Resolução de problemas		30-60	50,3	11,6		49,7	11,4
	Pessoal-social		30-60	50,7	7,3		48,5	10,9
18	Comunicação	16	20-60	43,1	10,9			
	Motricidade global		25-60	51,9	10,5			
	Motricidade fina		25-60	45,9	12,8			
	Resolução de problemas		15-60	40,3	14,3			
	Pessoal-social		30-60	46,3	8,7			
20	Comunicação	17	15-60	45,3	15,4	845	47,7	10,7
	Motricidade global		20-60	52,7	12,0		55,4	9,6
	Motricidade fina		20-60	47,4	10,8		54,4	7,3
	Resolução de problemas		20-55	38,5	8,8		49,1	9,6
	Pessoal-social		30-60	45	9,0		52,8	8,8
22	Comunicação	18	10-60	40,6	18,4			
	Motricidade global		20-60	44,4	14,2			
	Motricidade fina		20-60	42,8	12,4			
	Resolução de problemas		10-55	35,8	15,4			
	Pessoal-social		10-60	41,7	14,1			

cont. →

Questionário	Área de desenvolvimento	Instrumento traduzido				Instrumento original		
		N	Variação	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão
24	Comunicação	17	20-60	52,7	11,5	820	49,5	11,5
	Motricidade global		40-60	52,3	6,7		54,4	9,2
	Motricidade fina		25-60	45,6	10,4		52,8	8,2
	Resolução de problemas		15-60	39,7	14,7		51,5	9,3
	Pessoal-social		10-55	41,8	12,2		52,4	8,4
27	Comunicação	22	30-60	55	8,2			
	Motricidade global		30-60	51,1	8,9			
	Motricidade fina		20-60	39,1	13,4			
	Resolução de problemas		20-60	49,1	10,1			
	Pessoal-social		20-60	41,1	10,2			
30	Comunicação	17	40-60	55,6	6,8	562	55,8	8,5
	Motricidade global		40-60	54,2	7,2		51,2	10,3
	Motricidade fina		10-60	33,8	12,9		49,8	12,3
	Resolução de problemas		30-60	49,7	9,1		50,9	11
	Pessoal-social		35-60	50,3	7,2		52,7	7,9
33	Comunicação	18	25-60	51,1	8,67			
	Motricidade global		30-60	51,9	8,6			
	Motricidade fina		10-60	42,8	16,1			
	Resolução de problemas		35-60	50,6	7,8			
	Pessoal-social		35-60	50,8	8,9			
36	Comunicação	26	25-60	52,3	8,6	512	54,3	7,8
	Motricidade global		40-60	54,4	6,7		54,7	9,5
	Motricidade fina		0-60	39,2	18,2		52,5	10,9
	Resolução de problemas		10-60	52,5	12,6		55,0	8,2
	Pessoal-social		15-60	45,9	10,2		53,5	7,4
42	Comunicação	17	40-60	53,5	7,02			
	Motricidade global		45-60	54,1	5,9			
	Motricidade fina		10-60	45,9	15,4			
	Resolução de problemas		35-60	50,9	6,9			
	Pessoal-social		30-60	47,7	9,0			
48	Comunicação	20	40-60	54,3	6,1	336	55,9	8,4
	Motricidade global		30-60	52,3	7,7		52,5	9,5
	Motricidade fina		20-60	44,5	12,6		43,5	14,3
	Resolução de problemas		45-60	55	4,3		56,7	8,1
	Pessoal-social		30-60	52,5	8,5		48,6	12,6
54	Comunicação	16	45-60	56,9	4,8			
	Motricidade global		30-60	52,5	8,8			
	Motricidade fina		5-60	40,9	16,0			
	Resolução de problemas		30-60	48,9	8,7			
	Pessoal-social		30-60	48,4	9,3			
60	Comunicação	13	30-60	47,3	10,3	125	49,9	9,1
	Motricidade global		25-60	47,7	12,7		52,3	9,8
	Motricidade fina		40-60	51,9	7,5		51,1	10,3
	Resolução de problemas		25-60	51,2	11,0		51,3	10,6
	Pessoal-social		40-60	54,2	6,1		54,1	7,3

Nota. n=.339.

Quando comparamos os resultados das média e desvio padrão do instrumento original com o instrumento traduzido, Quadro 2, encontramos resultados abaixo do esperado nas áreas resolução de problemas aos 20 e 24 meses, pessoal-social aos 24 meses e motricidade fina aos 30 meses. As restantes áreas apresentam valores próximos da média.

Sensibilidade

No sentido de verificar a sensibilidade dos itens recorreremos às medidas de curtose e assimetria. Verificamos que as áreas motricidade fina aos 4, 10 e 12 meses, motricidade global aos 12 meses, a área pessoal social aos 16 meses, assim como a área de comunicação aos 24, 27, 33 e 36 meses e aos 36 meses nas áreas resolução de problemas e pessoal-social apresentam valores indicativos de uma distribuição muito afastada da normal. De um modo geral, pode considerar-se que os itens que constituem o ASQ-2 traduzido, entre os 4 e 60 meses, são satisfatórios pois os valores de curtose e assimetria, na sua maioria, se encontram próximos de uma distribuição normal.

Fidelidade

A fidelidade do ASQ-2 traduzido foi calculada através do índice de consistência interna (α de Cronbach) e o coeficiente de bipartição (Split-half). O Quadro 3 apresenta os valores de consistência interna de cada área de desenvolvimento. Os valores de α de Cronbach variam entre 0,70 na área pessoal-social e 0,75 na área motricidade global indicadores de razoável consistência interna nas várias áreas dos 19 questionários. Observamos também que, todos os valores melhoram quando analisados através do coeficiente de bipartição, variando este entre 0,83 nas áreas comunicação e pessoal-social e 0,88 na área motricidade global, indicando assim boa consistência interna.

QUADRO 3
Consistência interna

Áreas de desenvolvimento	α de Cronbach	Split-half
Comunicação	0,73	0,83
Motricidade global	0,75	0,88
Motricidade fina	0,74	0,85
Resolução de problemas	0,73	0,85
Pessoal-social	0,70	0,83

Nota. $n=339$.

Validade

O coeficiente r de Pearson foi calculado entre o total de cada área de desenvolvimento, incluindo a mesma, e o total do questionário para cada intervalo de idade. Da leitura do Quadro 4 podemos observar que a grande maioria das associações são positivas, moderadas a fortes. Verificamos que a área da comunicação é a que apresenta valores mais baixos de r de Pearson nomeadamente nas idades mais baixas, aos 4, 6 e 8 meses com valores de 0,35, 0,20 e 0,31 respectivamente. Estes resultados podem explicar-se pelo facto dos observadores não estarem sensibilizados para identificarem ou não competências do bebé, que nestas idades ainda são pouco objectivas. Também nesta área é onde encontramos a única correlação com valor negativo, -0,16, fraca, aos 16 meses. Observamos que a área motricidade fina aos 54 meses é que apresenta a correlação positiva, 0,93 e mais forte a um nível de significância de 0,01. De uma forma geral os resultados obtidos neste estudo reproduzem os do estudo original.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com os do original observa-se que no questionário dos 4 meses na versão traduzida a área da comunicação e motricidades global

apresentam correlações positivas mas fracas. As restantes áreas apresentam correlações positivas, moderadas a fortes variando desde um valor mínimo de 0,61 na área pessoal social até um valor máximo de correlação na área de motricidade fina 0,89. No estudo original as correlações variam desde 0,70 na área de motricidade global até 0,81 nas áreas motricidade fina e resolução de problemas.

QUADRO 4
r de Pearson dos totais dos questionários

Questionário	<i>n</i>	Comunicação	Motricidade global	Motricidade fina	Resolução de problemas	Pessoal-social
4	16	0,35	0,48*	0,89**	0,61*	0,71**
6	18	0,20	0,71**	0,91**	0,82**	0,80**
8	20	0,31	0,77**	0,75**	0,72**	0,78**
10	18	0,68**	0,70**	0,58*	0,76**	0,54*
12	20	0,61**	0,80**	0,70**	0,81**	0,79**
14	15	0,73**	0,85**	0,74**	0,74**	0,82**
16	15	-0,16	0,69**	0,80**	0,65**	0,58*
18	16	0,56*	0,58*	0,75**	0,78**	0,78**
20	17	0,91**	0,70**	0,72**	0,84**	0,43
22	18	0,78**	0,71**	0,77**	0,80**	0,87**
24	17	0,75**	0,78**	0,81**	0,88**	0,76**
27	22	0,65**	0,57**	0,81**	0,68**	0,75**
30	17	0,45	0,69**	0,77**	0,62**	0,67**
33	18	0,66**	0,64**	0,83**	0,73**	0,76**
36	26	0,76**	0,48*	0,90**	0,88**	0,90**
42	17	0,64**	0,68**	0,82**	0,72**	0,64**
48	20	0,67**	0,22	0,78**	0,42	0,78**
54	16	0,62*	0,63**	0,93**	0,72**	0,72**
60	13	0,87**	0,78**	0,50	0,69**	0,44

Nota. *n*=339; **Correlação significativa a um nível 0.01 (2 caudas); *Correlação significativa a um nível 0.05 (2 caudas).

Relativamente ao questionário dos 8 meses verifica-se que existe uma correlação positiva e fraca para a área da comunicação com valor de 0,20. Todas as outras áreas apresentam correlações positivas e fortes, que variam entre 0,71 na área motricidades global e 0,91 na área motricidades fina. No estudo original as correlações variam desde 0,72 na área da comunicação até 0,79 nas áreas motricidade fina, resolução de problemas e pessoal-social.

Aos 12 meses, este estudo revela que todas as áreas estão correlacionadas de um modo positivo e moderado a forte, sendo que o valor de correlação mais baixo, $r=0,68$, se situa na área da comunicação e o mais alto está na área de resolução de problemas ($r=0,81$). O estudo original mostra que as correlações, no questionário dos 12 meses variam desde 0,70 na área de motricidade global até 0,83 na área pessoal social.

No questionário dos 16 meses na versão traduzida a área da comunicação apresenta uma correlação negativa e fraca, -0,16, aos 16 meses. As restantes áreas apresentam correlações positivas e moderadas a fortes variando desde um valor mínimo de 0,58 na área pessoal social até um valor máximo de correlação na área de motricidade fina 0,80. No estudo original as correlações variam desde 0,54 na área de motricidade global até 0,76 na área da motricidade fina.

Neste estudo, relativamente ao questionário dos 20 meses verifica-se que existe uma correlação fraca para a área pessoal-social com valor de 0,43. Todas as outras áreas apresentam correlações

positivas e fortes, registando-se que a área da motricidade global apresenta uma correlação de 0,72 e a área de comunicação uma correlação de 0,91. No estudo original as correlações variam desde 0,66 na área de motricidade fina até 0,77 na área da resolução de problemas.

Aos 24 meses, este estudo revela que todas as áreas estão correlacionadas de um modo positivo e forte, sendo que o valor de correlação mais baixo, de 0,75 está na área da comunicação e o mais alto está na área de resolução de problemas ($r=0,88$). O estudo original mostra que as correlações, no questionário dos 24 meses variam desde 0,63 na área de motricidade global até 0,76 na área da resolução de problemas e pessoal social.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com os do original, para os 30 meses observa-se que todas as áreas, excepto a da comunicação ($r=0,45$), apresentam correlações moderadas a fortes variando desde um valor mínimo de 0,62 na área de resolução de problemas até um valor máximo de correlação na área de motricidade fina, 0,77. No estudo original as correlações variam desde 0,60 nas áreas de motricidade global e pessoal-social até 0,83 na área de resolução de problemas.

Relativamente ao questionário dos 36 meses, verifica-se que existe uma correlação positiva, moderada a forte em todas as áreas registando-se o valor mais baixo na área da motricidade global ($r=0,48$) e o mais alto nas áreas da motricidade fina e pessoal-social ($r=0,90$). No estudo original as correlações variam desde 0,73 na área pessoal-social até 0,83 na área de resolução de problemas.

Aos 48 meses, este estudo revela que as áreas da motricidade global e da resolução de problemas apresentam correlações positiva mas mais fracas do que as restantes com 0,22 e 0,42, respectivamente. As restantes áreas têm correlações a variar entre 0,67 na comunicação e 0,78 na motricidade fina e pessoal-social. O estudo original mostra que as correlações, no questionário dos 48 meses variam desde 0,66 na área de resolução de problemas até 0,82 na área da motricidade fina.

Para o questionário dos 60 meses obtiveram-se correlações positivas e moderadas a fortes em todas as áreas de desenvolvimento excepto nas áreas da motricidade fina e pessoal-social, 0,5 e 0,44, respectivamente. Contudo comparando os valores do instrumento original para estas mesmas áreas verifica-se que são muito semelhantes, 0,55 para a motricidade fina e 0,48 para a pessoal-social. Para as restantes áreas observam-se valores de correlação superiores no estudo traduzido. Neste a correlação varia entre 0,69 na área de resolução de problemas e 0,87 na comunicação. No instrumento original a correlação varia entre 0,44 na comunicação e 0,58 na motricidade global.

Para analisar a correlação entre as várias áreas de desenvolvimento recorremos à análise do Coeficiente r de Pearson. Verificamos que todas as áreas de desenvolvimento estão positiva e fortemente correlacionadas entre si a um nível de significância de 0,01. As mais correlacionadas são Resolução de Problemas com a área Pessoal-Social um valor de r de Pearson de 0,46, Quadro 5.

QUADRO 5

Correlação entre as áreas de desenvolvimento

Área de desenvolvimento	Comunicação	Motricidade global	Motricidade fina	Resolução de problemas
Comunicação				
Motricidade global	0,30**			
Motricidade fina	0,15**	0,30**		
Resolução de problemas	0,40**	0,36**	0,41**	
Pessoal-social	0,42**	0,35**	0,38**	0,46**

Nota. $n=339$; **Correlação significativa a um nível 0.01 level (2 caudas).

CONCLUSÃO

Em Portugal, vários são os esforços no sentido da implementação das práticas centradas na família, existindo estudos sobre a forma como esses programas estão a ser desenvolvidos. De um modo geral, revelam alterações dos comportamentos por parte de Profissionais, afastando assim as suas intervenções do modelo médico; no entanto salientam-se ainda dificuldades na implementação de práticas centradas na família, sendo considerado o momento de avaliação, uma das etapas em que facilmente, as práticas entram em conflito com os princípios de uma abordagem centrada na família (Carvalho, 2004; Pereira, 2009). No que respeita a uma fase importante de todo o processo de intervenção com famílias, a avaliação não obedece às recomendações feitas, uma vez que se continuam a perpetuar falhas a este nível (Pimentel, 2005). As práticas de avaliação em IP traduzem-se na sua maioria por uma visão monodisciplinar ou multidisciplinar, centrada nos défices da criança, é feita com o objectivo de traçar um diagnóstico e não um prognóstico, descontextualizadas, ignorando as necessidades da família e a sua opinião (Bairrão & Almeida, 2002, 2003; Carvalho, 2004; Pimentel, 2005). Importa também referir que, a fase da avaliação, pelo facto de ser o início de um processo, dita a forma como a família e profissionais se vão posicionar durante todo o processo de intervenção.

No contexto da realidade portuguesa, importa salientar a escassez e até inexistência de instrumentos de avaliação que permitam à família participar activamente nesta, e de transmitir as suas preocupações e prioridades em relação ao seu filho. Almeida, 2004 citando Bailey e Wolery (2002), refere que esta é uma das áreas, que deveria ser prioritária, para a investigação em IP.

O ASQ-2 (Bricker et al., 1999) é um instrumento referenciado na bibliografia com sendo utilizado, nos Estados Unidos da América, nos programas de IP e também como ferramenta de ensino da avaliação do desenvolvimento a estudantes de medicina (Nicol, 2006). Outro aspecto relevante deste instrumento refere-se à sua potencialidade para capacitar os pais, ajudando-os a adquirir conhecimentos acerca do desenvolvimento, através da sua utilização. Ao avaliarmos as suas qualidades psicométricas para uma amostra da população portuguesa tentamos iniciar assim, o processo de tradução/adaptação deste instrumento para população portuguesa.

No que concerne às qualidades psicométricas registou-se que o ASQ-2 na versão portuguesa evidenciou que na sensibilidade os valores de curtose e assimetria dos itens, na sua maioria, se encontram próximos de uma distribuição normal; na fidelidade os valores de Alpha de Cronbach para os totais revelam boa consistência interna; na validade os valores de r de Pearson para totais indicam correlações significativas na maior parte das áreas nos diferentes questionários.

Os resultados obtidos são atraentes, evidenciando a viabilidade da adaptação deste instrumento à população portuguesa.

Como investigações futuras sugerimos realizar um estudo numa amostra representativa da população portuguesa de forma a traduzir e adaptar o ASQ-2 (Bricker et al., 1999) à mesma; adequar os pontos limite para a população portuguesa; estudar a fidelidade temporal e inter-observador; avaliar a validade concorrente do ASQ-2 (Bricker et al., 1999), cruzando os resultados obtidos com os resultados de outros instrumentos de avaliação do desenvolvimento existentes para a população portuguesa; observar a possível relação do ASQ-2 (Bricker et al., 1999) com variáveis relacionadas com o desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 65-72.

- Almeida, S. A., & Freire, T. (2000). *Metodologias da investigação em psicologia e educação* (2ª ed. rev. e ampl.). Braga: Psiquilíbrios.
- Bagnato, S. J., & Neisworth, J. (1991). *Assessment for early intervention: Best practices for professionals*. New York: Guilford Press.
- Bailey, D. B., & Powell, T. (2005). Assessing the information needs of families in early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental system approach to early intervention* (pp. 151-183). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). *Family assessment in early intervention*. Melbourne: Merrill Publishing Company.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2002). *Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29.
- Barrera, I., & Corso, R. M. (2002). Cultural competency as skilled dialogue. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 103-113.
- Barrera, I., Corso, R. M., & Macpherson, D. (2004). *Skilled dialogue: Strategies for responding to cultural diversity in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bricker, D. (1996). Assessment for IFSP development and intervention planning. In S. J. Meisels & E. Fenichel (Eds.), *New visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 169-192). Zero to Three.
- Bricker et al. (1999). *Ages & Stages Questionnaires* (2nd ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruder, M. B. (2005). Service coordination and integration in a developmental systems approach to early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 29-58). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carvalho, L. (2004). *Práticas centradas na família na avaliação da criança: Percepções dos profissionais e das famílias do PIIP do distrito de Coimbra*. Tese de Mestrado, Instituto de Estudos da criança, Universidade do Minho, Braga.
- Crais, E. R. (1993). Families and professionals as collaborators in assessment. *Topics in Language Disorders*, 14(1), 29-40.
- Crais, E. R., & Belardi, M. S. (1999). Family participation in child assessment: Perceptions of families and professionals. *The Transdisciplinary Journal*, 9(3), 209-238.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. (1994). *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practice*. (Vol.1) Cambridge, MA: Brookline Books.
- Erikson, J. (1996). The toddler developmental assessment (IDA): A family-centered transdisciplinary assessment process. In S. J. Meisels & E. Fenichel (Eds.), *New Visions for the developmental assessment of infants and young children* (pp. 147-166). Zero to Three.

- Ferreira, V., & Almeida, A. S. (2005). Quantidade, qualidade e adequação das interações prestadoras de cuidados-criança, factores de risco e características comportamentais. *Inclusão*, 6, 75-105.
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 3-28). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (2004). Understanding families: Approaches to diversity, disability, and risk. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kennel, J. H. (2005). Tornar-se uma família: Vinculação e padrões de mudança no comportamento do bebé e da família. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton (Eds.), *A criança e a família no século XXI* (pp. 61-78). Lisboa: Dinalivro.
- Kjerland, L., & Kovach, S. (1990). Family staff collaboration for tailored infant assessment. In E. D. Gibbs & D. M. Teti (Eds.), *Interdisciplinary assessment of young developmentally disabled children. A guide for early intervention professionals* (pp. 164-182). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Klein, M. D., Cook, R. E., & Richardson-Gibbs, A. M. (2001). *Strategies for including children with special needs in early childhood settings*. Albany: Delmar.
- Lopes, S., & Almeida, A. S. R. (2006). A qualidade da estimulação presente no contexto familiar e a sua influência nos primeiros 3 anos de vida. *Inclusão*, 7, 5-26.
- McLean, M., & Crais, E. R. (2004). Procedural considerations in assessing infants and preschoolers with disabilities. In M. McLean, M. Wolery, & D. Bailey (Eds.), *Assessing infants and preschoolers with special needs* (pp. 45-70). Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
- McWilliam, R. A. (2000). Recommended practices in interdisciplinary models. In S. Sandall, M. McLean, & B. Smith (Orgs.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 47-52). Denver: Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children.
- McWilliam, P. J. (2003a). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In P. McWilliam, P. Winton, & E. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 9-22). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, P. J. (2003b). Repensar a avaliação da criança. In P. McWilliam, P. Winton, & E. Crais (Eds.), *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família* (pp. 65-80). Porto: Porto Editora.
- McWilliam, R. A. (2005). Assessing the resource needs of families in the context of early intervention. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 215-233). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora.
- Meisels, S. J., & Atkins-Burnet, S. (2000). The elements of early childhood assessment. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 605-632). Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, L. J., & Hanft, B. E. (1998). Building positive alliances: Partnerships with families as the cornerstone of development assessment. *Infant and Young Children*, 11(1), 49-60.
- Neisworth, T. N., & Bagnato, S. J. (2000). Recommended practices in assessment. In S. Sandall, M. E. McLean, & B. J. Smith (Eds.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 17-27). Longmont, CO: Sopris West.
- Nicol, P. (2006). Using the Ages and Stages Questionnaire to teach medical students developmental assessment: A descriptive analysis. *BMC Medical Education*, doi:10.1186/1472-6920-6-29.
- Pereira, A. P. (2009). *Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da criança, Universidade do Minho, Braga.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed. rev. e ampl.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, J. (2005). *Intervenção focada na família: Desejo ou realidade*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research*. Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early intervention* (1st ed., pp.119-149).Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (2nd ed., pp.135-159). Cambridge: Cambridge university Press.
- Sandall, S., McLean, E., & Smith, B. J. (2000). *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Denver, CO: Sopris West.
- Serrano, A. M., & Correia, L. M. (2002). Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento. In A. M. Serrano & L. M. Correia (Orgs.), *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família* (pp. 11-32). Porto: Porto Editora.
- Simeonsson, R. J., Edmondson, R., Smith, T., Camahan, S., & Bucy, J. E. (1995). Family involvement in multidisciplinary team evaluation: Professional and parent perspectives. *Childcare: Health, and Development*, 21(3), 199-215.
- Squires, J., Potter, L., & Bricker, D. (1999). *The ASQ-2 user's guide for the Ages & Stages Questionnaires: A parent-completed, child-monitoring system* (2nd ed.). Baltimore: Paul Brooks Publishing
- Stayton, V., & Karnes, M. B. (1994). Model programs for infants and toddlers with disabilities and their families. In L. J. Johnson, R. J. Gallagher, M. J. Lamontagne, J. B. Jordan, B. June, J. Gallagher, P. L. Huting, & M. B. Karnes (Eds.), *Meeting early intervention challenges* (pp. 33-58). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Summers, J. A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., & Poston, D. (2005). Relationship between parent satisfaction regarding partnerships with professionals and age of child. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(1), 48-58.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2000). Recommended practices in family based practices. In S. Sandall, M. McLean & B. J. Smith (Eds.), *DEC Recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 39-46). Longmont, CO: Sopris West.
- Winton, P. J. (1996). Family-professional partnership and integrated services. In R. A. McWilliam (Ed.), *Rethinking pull-out services in early intervention: A professional resource* (pp. 27-48). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.
- Wolery, M. (2000). Recommended practices in child-focused interventions. In S. Sandall, M. E. McLean, & B. J. Smith (Eds.), *DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education* (pp. 29-37). Longmont, CO: Sopris West.
- Wolraich, M. L., Gurwitch, R. H., Bruder, M. B., & Knight, L. A. (2005). The role of comprehensive interdisciplinary assessments in the early intervention system. In M. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 133-150). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Young, J. G. (2005). Mecanismos nervosos para a adaptação na infância facilitada pelos pais. In J. Gomes-Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, & T. B. Brazelton (Eds.), *A criança e a família no século XXI* (pp. 61-78). Lisboa: Dinalivro.

The Ages and Stages Questionnaire 2nd edition (ASQ-2) was designed to screen developmental delays, identifying the need for more specific assessments. The ASQ-2 study with a sample of Portuguese population ($n=339$) was conducted with the aim of observing its psychometric qualities and with this intent it was translated and culturally adapted for the Portuguese population. The study of the psychometric qualities of the ASQ-2 in its Portuguese version revealed that for sensitivity the values of kurtosis and skewness, by and large, are close to a normal distribution; for reliability, the Cronbach's coefficient alpha values for the totals vary between 0,70 and 0,75, showing reasonable internal consistency, significantly improving when observed with split-half varying between 0,83 and 0,88, showing good internal consistency; for validity the r de Pearson values for totals indicate significant correlations in most of the areas in the different questionnaires. We conclude that the results obtained are an incentive to proceed with the validation of the ASQ-2 for the Portuguese population, thereby, contributing to fill the gap that exist presently, considering validated developmental assessment instruments for Early Intervention.

Key-words: ASQ-2, Early intervention, Psychometrics, Screening, Translation.